Quatrième Année — N° 5 — Mai 1894

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France . . . . **10** fr. par an
Étranger. . . . . **12** fr. —

PARIS

L. BATTAILLE & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Bonnier.
4. Boucheron.
5. Cartaz.
6. Chatellier.
7. Colin.
8. Courtade.
9. Duplay.
10. Garnault.
11. Garrigou-Desarenes.
12. Gellé.
13. Gille.
14. Gouguenheim
15. Hermet.
16. Jouslain.
17. Ladreit de Lacharrière
18. Lévi.
19. Lœwenberg.
20. Lubet-Barbon.
21. Luc.
22. Marage.
23. Martin.
24. Ménière.
25. Miot.
26. Potiquet.
27. Reynier.
28. Ruault.
29. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1894

Président...........	Ruault.
Vice-Président.......	Ménière.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Bonnier.
Trésorier...........	Marage.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général, Avenue de l'Opéra, 11*

N° 5 QUATRIÈME ANNÉE MAI 1894

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 Mai 1894

Présidence de M. RUAULT

Assistaient à la séance : MM. Bonnier, Courtade, Collin, Gellé, Hermet, Jouslain, Lubet-Barbon, Luc, Lœwenberg, Ménière, Moura, Potiquet, Ruault, Saint-Hilaire.

De l'Eczéma du conduit auditif externe

Par le Dr HERMET

Lorsque je recherchais à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier en 1882 les lésions auriculaires que pouvaient provoquer la syphilis et les dermatoses, j'avais été frappé de la fréquence de l'eczéma du conduit auditif externe.

Depuis cette époque, déjà lointaine, je me suis efforcé d'en déterminer les causes, la marche, les complications et le traitement.

C'est le résultat de mes recherches que je viens vous soumettre.

Je n'ai pas la prétention de vous présenter un sujet neuf, pas plus que celle de l'avoir traité d'une façon définitive.

Si j'ai pu contribuer à élucider cette question encore obscure, mon ambition sera amplement satisfaite.

ETIOLOGIE

Si les causes occasionnelles de l'eczéma du conduit auditif externe sont multiples, il faut reconnaître que semblables en cela aux dermatoses des autres parties du corps, elles ne déterminent un résultat, que lorsqu'elles agissent sur un terrain approprié. On peut donc formuler l'axiome suivant : Seuls les conduits des prédisposés peuvent devenir le siège de poussées eczémateuses.

Un fait digne de remarque cependant, et qu'il faut noter : c'est que nombre de malades n'ont jamais eu d'autres manifestations eczémateuses, que des manisfestations auriculaires.

Entre autres exemples, je vous citerai celui d'un malade auquel je donne mes soins depuis plusieurs années, qui ne peut faire un excès de régime sans être atteint dans les 24 heures d'un eczéma du conduit.

Il ne peut manger une écrevisse, et ceci est textuel, sans ressentir le lendemain les premiers symptômes d'une poussée auriculaire.

C'est un arthritique, mais il n'a jamais présenté d'autres manifestations.

Le même accident se manifeste et toujours localisé, dès que ce malade prend un bain de mer.

Les causes de l'eczéma vous les connaissez.

Mais, en otologie, il est des causes locales, si je puis m'exprimer ainsi, qui méritent d'être signalées : je veux parler de l'action qu'exercent sur les conduits des prédisposés, certains agents médicamenteux, couramment employés dans le traitement des otites moyennes purulentes.

J'ai été à maintes reprises frappé de ce fait, qu'au cours d'une otite moyenne traitée avec des lavages borriqués, salolés, phéniqués, etc., les poussées eczémateuses du conduit étaient fréquentes.

La poussée est dans ce cas très douloureuse, car elle se complique d'une véritable dermatite qu'occasionne, il semble, le contact à peu près constant du pus avec le derme ou exfolié, ou en voie d'exfoliation.

On ne peut confondre cet état avec l'otite externe périostique, si souvent consécutive aux otites de la caisse. Sans parler des signes

objectifs qui diffèrent notablement, (présence des vésicules, surgescence tégumentaire superficielle, etc). Il suffit de la suppression momentanée des injections médicamenteuses pour faire cesser l'eczéma, alors que l'otite périostique persiste.

Parmi les causes déterminantes, il faut aussi mentionner l'irritation que provoquent le passage et le séjour dans le conduit, du pus qui sort de la caisse, dans les cas d'otite moyenne.

Le froid a aussi une action indéniable, mais l'eczéma débute alors par le pavillon et ce n'est que consécutivement que le conduit est atteint.

Je l'ai vu aussi survenir chez les enfants à la suite d'une absorbtion continue et prolongée d'huile de foie de morue.

FRÉQUENCE

En me basant sur quinze années d'observations, je n'hésite pas à déclarer qu'abstraction faite des otites externes périostiques consécutives aux otites de la caisse et des accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, les otites et les furoncles du conduit ont pour point de départ une poussée eczémateuse.

A ce sujet, ma conviction est faite. Je conçois que cette proposition nous semble de prime abord paradoxale.

Tout en revendiquant la responsabilité, je serais heureux si vous vouliez bien la contrôler par vos investigations individuelles.

Je suis convaincu, si vous dirigez vos recherches de ce côté, que vos observations viendront corroborer les miennes.

DIVISION

On peut subdiviser l'eczéma auriculaire en deux catégories :

L'eczéma sec;

L'eczéma humide.

Je ne cite que pour mémoire l'eczéma chronique qui, en l'espèce, constitue plutôt une déformation qu'une maladie.

SYMPTOMES

Les symptômes subjectifs sont les mêmes dans les deux cas :

Seuls les signes otoscopiques diffèrent.

Les malades accusent des démangeaisons, une sensation de chaleur, voire de brûlure suivant leur nervosité.

A un degré plus avancé, de la gêne, et de la surdité, s'il y a gonflement des parois.

Jamais de phénomènes de réaction, fièvre et inappétence.

Plus complexes sont les symptômes objectifs ; ils varient du reste suivant la période à laquelle l'examen est pratiqué.

Au début, on constate une rougeur diffuse, parfois une légère tuméfaction des téguments ; généralement 24 heures plus tard apparaissent les vésicules. Elles ne diffèrent pas des vésicules ordinaires de l'eczéma, et, par cela même, sont faciles à reconnaître. Vous les connaissez tous, je n'ai pas à vous les décrire.

Elles apparaissent très nettement dans le champ du speculum, tantôt uniformément dans toute l'étendue du conduit, tantôt par bouquets pour ainsi dire, parfois disseminées ça et là en petit nombre, et séparés par des ilots de peau saine. Elles subsistent généralement peu de temps. Les malades éprouvant des démangeaisons incessantes, les affaissent, les détruisent, et les remplacent par des lésions de grattage. A ce moment, il se produit parfois un écoulement aqueux, d'une abondance variable. On aperçoit alors adhérent à de la peau saine, les débris du derme qui constituaient les vésicules, et l'épiderme apparaît au-dessous rosé et légèrement humide.

A cette période, le moindre attouchement est douloureux, aussi faut-il user de précautions pour introduire le speculum.

Elle est de peu de durée, et est remplacée par ce que nous appelerons, si vous le voulez, la période de sécheresse.

Deux cas peuvent alors se présenter : ou l'écoulement a été abondant, ou il a été nul.

Dans le premier, le conduit est recouvert de nappes croûteuses, jaune ou jaune rougeâtre, suivant que le grattage du fait du malade a ou n'a pas amené d'écoulement sanguin. Au-dessous de ces croûtes, le travail de réparation s'opère, et dès qu'elles sont tombées, le derme apparaît sous forme d'une pellicule mince, rosée, adhérente aux parties sous-jacentes.

Dans le second, on voit de véritables copeaux épidermiques, desquamés, ou en voie de desquamation.

C'est là la période ultime, car arrivées à ce point les choses ne tardent pas à redevenir normales.

Particularité à signaler : c'est que dans bien des cas les poussées se succèdent à quelques jours d'intervalle.

Elles restent limitées au conduit en général, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles envahissent soit le pavillon, soit la couche cutanée de la membrane.

Il est rare qu'il en résulte dans ce dernier cas des désordres locaux (myringite, ulcération, voire perforation).

Les signes otoscopiques diffèrent un peu lorsque l'eczéma a été provoqué par une cause directe, telle que le contact prolongé du pus provenant d'une otite moyenne, ou l'irritation cutanée déterminée par des lavages anti septiques.

La rougeur, la tuméfaction sont plus marquées, la douleur est plus intense.

Si les irrigations, ou les poudres médicamenteuses n'ont pas été supprimées, le conduit apparaît crevassé par places, raviné même quelquefois. L'action des agents médicamenteux classiques de l'otite moyenne est indéniable chez certains prédisposés.

La preuve en est dans ce fait, c'est qu'il suffit pour supprimer radicalement la poussée eczémateuse accidentelle, ou les complications qu'elle a amenée, de suspendre momentanément les injections anti septiques et de les remplacer pendant quelques jours par des lavages anodins, pratiqués aver une décoction de guimauve ou de têtes de camomille.

COMPLICATIONS

La plus fréquente est la furonculose.

Le furoncle se produit en général au moment où toute inflammation ayant à peu près disparue la période desquamative va commencer.

Le malade ressent une douleur sourde en un point limité du conduit.

Elle s'exaspère pendant la mastication en raison des rapports anatomiques du conduit auditif externe et du condyle du maxillaire inférieur.

A l'examen, on constate une élevure à base plus ou moins large, qui peut, dans certains cas, aller jusqu'à l'ablatation totale du conduit.

Vous connaissez tous les symptômes objectifs du furoncle, je n'ai donc pas à vous les décrire.

Vous savez aussi qu'il est essentiellement contagieux, et qu'il est commun de constater des poussées successives de furoncles dans la zône de voisinage du furoncle primitif pour peu qu'elle ait été en contact avec le pus, et qu'on n'ait pas pris la précaution de laver les parties contaminées avec une solution de sublimé.

Cette inoculation directe doit se faire probablement par les follicules pileux et les orifices glandulaires.

Je vous demanderai de faire au sujet de la contagiosité du furoncle, une digression qui vous montrera à quel point il est contagieux d'individu à individu.

Au cours d'une villégiature, j'eus l'occasion de visiter une mine de charbons.

Dans un puits, 4 équipes de 5 ouvriers chacune, se relayaient toutes les 6 heures.

Ils creusaient sous un cours d'eau, de sorte que pendant leurs six heures de travail, ils étaient constamment mouillés.

Pour obvier dans une certaine mesure aux inconvénients qui pouvaient résulter pour la santé des hommes de cet état de choses, le directeur de l'exploitation acheta six costumes imperméables.

L'équipe qui remontait les repassait à celle qui la remplaçait.

Il va sans dire que le même ouvrier ne revêtait pas le lendemain celui qu'il avait pris la veille, et que le hasard seul présidait à la répartition.

Un des ouvriers fut atteint d'un furoncle de la partie externe de l'avant bras droit.

Il n'interrompit son travail, que le jour où par le fait de l'apparition d'une lymphangite, la douleur fut par trop vive, mais la suppuration, et c'est là le point important, avait déjà commencé.

Or, en l'espace de 6 semaines, les 20 ouvriers qui se servaient à tour de rôles des vêtements de caoutchouc, furent atteints d'un furoncle de l'avant-bras droit.

Lorsque j'arrivais, il s'était produit des récidives nombreuses et, depuis 8 mois que les choses duraient, chaque ouvrier avait perdu en moyenne 10 journées de travail.

Je fis une enquête minutieuse et elle m'apprit ce que je viens de raconter.

Convaincu qu'il fallait incriminer de cette pseudo-épidémie de furoncles le contact avec une peau saine du pus furonculeux concrété qui était resté adhérent à la manche du vêtement du premier ouvrier atteint, je conseillais de faire désinfecter les vêtements.

Il n'existait pas d'étuve de désinfection, j'y remédiais en faisant couper la manche droite des cinq vêtements.

Je m'informais par la suite de ce qui était advenu de mon intervention, et j'appris avec satisfaction, que chez aucun de ces hommes il n'y avait eu de nouveau furoncle.

Ce fait apporte, vous le voyez, à l'appui de la contagiosité du furoncle une preuve de plus.

De par sa conformation et sa constitution anatomique, le conduit auditif externe est on ne peut plus favorable à l'auto-inoculation.

Le pus qui séjourne forcément sur sa paroi inférieure, permet aux staphilocoques de coloniser tout à leur aise dans les follicules pileux et les orifices glandulaires qui tapissent ses parois.

Je crois qu'il ne faut pas chercher d'autre cause à la multiplicité successive, parfois vraiment extraordinaire, des furoncles du conduit.

Il va sans dire que ces récidives répétées ne se rencontrent que chez les malades qui ne sont pas soignés, ou qui sont soumis à un traitement insuffisant.

On voit parfois survenir au moment de l'évolution du furoncle un œdème mastoïdien, plus ou moins considérable. Il n'y a pas à s'en inquiéter, il disparaît vite sous l'influence de frictions avec de la pommade mercurielle belladonnée.

TRAITEMENT

Aussi bien dans l'eczéma que dans la furonculose, il est un agent thérapeutique qui rend des services inappréciables, c'est le nitrate d'argent. Je l'emploie depuis bien des années et j'en suis encore à attendre un insuccès.

Je procède de la façon suivante :

Après avoir bien nettoyé la cavité au moyen de lavages à l'eau tiède, préalablement stérilisée par l'ébullition ; j'introduis dans le

conduit, au moyen d'un porte-pinceau, un tampon d'ouate, proportionné à l'étendue que je veux atteindre, et imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 10.

Je le laisse 24 heures en place.

Le lendemain, quand le tampon est enlevé, il ne reste plus trace ni de vésicules, ni de dermatite, l'athésie a disparu, et le malade n'accuse plus aucun symptôme objectif.

Le conduit est uniformément noir, et l'épiderme cautérisé se détache au bout de deux ou trois jours en desquamations d'un gris très foncé. Le malade est momentanément guéri. Dès qu'une poussée nouvelle se produit, la même médication donne absolument les mêmes résultats.

Pour la furonculose, la technique est identique; avec cette différence néanmoins qu'on est quelquefois obligé de renouveler deux jours de suite la manœuvre.

Si le furoncle et à son début, la résolution s'opère, s'il est sur le point de s'ouvrir, le nitrate en corrodant la peau agit comme un coup de bistouri, et le furoncle se vide, s'il est en voie de suppuration, celle-ci se tarit, et il n'y a pas d'auto-inoculation consécutive.

Je me suis demandé quelle était l'action du nitrate d'argent dans ce dernier cas, et j'ai supposé, car en l'espèce l'hypothèse est toujours de rigueur, qu'il détruisait, en pénétrant dans les orifices pileux et glandulaires, les staphylocoques qui s'y étaient préalablement introduits. Je vous donne cette explication pour ce qu'elle vaut, et je n'hésite pas à avouer qu'elle ne repose sur aucune étude expérimentale et qu'elle est due simplement à une vue ingénieuse de l'esprit.

M. Lubet-Barbon. — Je suis d'avis que les furoncles du conduit se trouvent presque exclusivement chez des individus atteints d'eczéma du conduit. Cette dernière affection s'accompagne de démangeaisons, les malades se grattent avec le premier objet qu'ils ont sous la main, épingles à cheveux, etc., et s'inoculent le furoncle. Le cure-oreilles est quelque fois l'agent qui transmet la furonculose à plusieurs enfants d'une même famille.

L'eczéma séborrhéïque accompagne souvent la séborrhée du cuir chevelu, et peuvent procéder de cette dernière affection.

Le conduit étant de la peau on peut y observer toutes les affections de la peau. L'eczéma étant la plus fréquente des affections de la peau, on ne s'étonnera pas de la trouver dans le conduit plus souvent que les autres dermatoses.

Humages — Humoirs

Par le Docteur MOURA

On appelle Humage l'aspiration des gaz, des vapeurs, des essences, des eaux pulvérisées et en même temps leur absorption par les muqueuses des voies respiratoires ; ces muqueuses tapissent les fosses nasales, la bouche, la gorge, le larynx, la trachée et les bronches.

Ce mode d'introduction des substances médicamenteuses dans l'organisme a pris une grande extension depuis que l'emploi des agents dits antiseptiques, c'est-à-dire *l'art d'embaumer les liquides et tissus vivants*, est devenu général.

Dans les stations thermales on a consacré à cet usage de grandes salles, véritables *Humoirs* où l'on respire en commun non seulement les vapeurs, les eaux pulvérisées, mais encore les haleines des malades et les microbes dont l'atmosphère est remplie, malgré l'aseptisation.

Il y a aussi des appareils appropriés au Humage individuel. Ces appareils coûteux et compliqués ont obligé M. Ménelon, l'intelligent régisseur de la Société générale des thermes d'Ax-Ariège, à se pourvoir d'un instrument plus simple, commode et facile à manœuvrer. Il a donné à son instrument la forme d'une lampe modérateur dont le malade fait mouvoir la clé à son gré. On peut le voir fonctionner à l'établissement du Teich, construit nouvellement.

Instrument de Humage

Il a la forme et l'apparence extérieure d'une lampe modérateur, globe, verre et clé compris.

Il est fixé au centre d'une tablette carrée en marbre blanc, que supporte un socle ou piédestal creux en fonte émaillée ; celui-ci est revêtu d'un large manchon en bois qui s'oppose au refroidissement de la vapeur et disposé au-dessus d'un grand bassin d'eau sulfureuse.

Le corps de lampe, en nickel, porte un globe composé de deux sphères concentriques ; l'une, l'intérieure, est mobile de haut en bas et de bas en haut au moyen d'un tube articulé qui simule le verre de la lampe par où la vapeur s'écoule au dehors ; l'extrémité de ce tube, en nickel aussi, porte le *bocalrhine* que le malade met lui-même à la hauteur de son nez et de sa bouche. La sphère extérieure est formée de deux demi-sphères rivées ensemble ; elle est mobile dans le sens horizontal sur le corps de lampe, ce qui permet de mettre le bocalrhine à point. Une bague conique fendue sert à fixer l'appareil à l'aide de la main.

Enfin l'affluence de la vapeur dans le *bocalrhine* est réglée par le malade au moyen d'une clé pourvue d'un disque qui fait office de valve ou d'écran dans le conduit du corps de lampe.

Les tubes par où s'échappent les vapeurs sont munis d'un embout approprié seulement à la respiration par la bouche. Cet embout, évasé en forme d'ellipse, ne répond nullement au mode physiologique de la respiration normale chez l'homme. Son insuffisance nous a frappé surtout en observant à Ax-Ariège et à Luchon les personnes qui se livraient à l'exercice de l'inhalation hydrosulfureuse individuellement.

La nature a imposé à l'homme deux conditions physiologiques absolues, l'une de respirer, l'autre de se nourrir ; elle lui a donné le nez pour accomplir la première et la bouche pour remplir la seconde. Ainsi c'est par le nez et non par la bouche que l'air est introduit dans la poitrine normalement. Pourquoi dès lors obliger les gens à respirer par la bouche quand ils s'en acquittent fort bien avec leur nez ?

La respiration buccale est tout accidentelle ; elle n'a lieu que lorsque les passages du nez sont encombrés. Quand elle est exclusivement buccale, c'est que les voies nasales sont entièrement obstruées ou fermées. On s'est toutefois contenté jusqu'à présent de cet embout primitif ; mais on recommandait au patient d'avoir soin d'ouvrir largement la bouche. Croire que les baigneurs exécuteront à la lettre cette recommandation, c'est ne pas connaître la nature humaine.

Certains sujets ouvrent la bouche outre mesure, d'autres plus ou moins, quelques-uns à peine ou pas du tout, et la plupart tantôt l'ouvrent, tantôt la ferment, tout en ne respirant que par le nez seulement.

Pratiqué de cette manière, le humage perd la plus grande partie de ses avantages thérapeutiques. Les malades s'en sont, du reste, aperçus les premiers. D'eux-mêmes ils ont, en partie, remédié à son insuffisance en enveloppant l'embout de l'instrument avec une serviette ou leur mouchoir plié en entonnoir ou *en cornet*, comme l'observe le savant professeur de Toulouse, M. le docteur Frébault. Ils ouvrent leur bouche dans ce cornet et ils aspirent la vapeur hydro-sulfureuse. « Dans tous les cas, écrit M. Frébault, « jamais on n'applique les lèvres sur l'embouchure qui termine « l'appareil. » Ceci n'est pas absolument exact. Il y a plus, les premières inspirations de la vapeur sulfhydrique provoquent chez certains sujets, à chaque séance, un toussaillement précédé de picotements dans la trachée et le larynx ; cette toux ne cesse qu'après l'expulsion d'un ou deux petits grumeaux gélatineux ou colloïdes, quand ce n'est pas un vrai crachement bronchique ou catharral.

Nous avons été amené ainsi non seulement à modifier la forme de l'embout, mais encore à recommander au malade de se munir d'un *bocalrhine* qui ne serve qu'à lui, de même que pour les douches ou irrigations nasales, il est indispensable qu'il ait son embout nasal. Notre *bocalrhine* a une forme qui, comme son nom l'indique (*Baucalion*, bocal, bouche, et *Piv*, nez), permet aux vapeurs, essences et liquides pulvérisés ou volatils de pénétrer en même temps par le nez et par la bouche. Son ouverture évasée représente celle d'une cuvette à trois angles dont l'un, très déve-

loppé, est destiné à l'appendice nasal plus ou moins proéminent.

Les avantages du *bocalrhine* sont faciles à deviner par l'examen seul de la disposition de sa cuvette. Ce n'est plus une partie de la vapeur ou des gaz qui pénètre tantôt par la bouche, tantôt par le nez ; c'est par la bouche et par le nez à la fois que le malade est obligé de l'introduire dans les voies respiratoires, pour peu qu'il ouvre la bouche. La vapeur hydrosulfurée, l'eau pulvérisée remplissent ainsi tous les passages, avec température, leurs éléments chimiques et leurs principes médicamenteux. L'air extérieur qui passe par les fosses nasales ne se mêlant plus au fond de la gorge avec la vapeur aspirée par la bouche, l'effet modificateur obtenu par notre procédé de humage est plus prompt et plus certain. Le médecin et les malades sont ainsi assurés que les vapeurs sulfureuses et les substances médicamenteuses arrivent à destination à chaque inspiration, que celle-ci soit buccale ou nasale.

Les résultats que donne ce mode de traitement dans les affections du nez, de la gorge, du larynx, de la trachée et des bronches sont des plus satisfaisants.

L'effet de la chaleur sur la muqueuse des voies respiratoires est remarquable, on le sait, chez les sujets anémiés, débilités ou déprimés par l'âge, les abus et excès de toutes sortes et par toutes les affections chroniques que ne compliquent pas des hémoptysies, des états congestifs, des tumeurs organiques, des dégénérescences scléreuses et autres. A cet effet vient s'ajouter celui du principe soufré sous forme de gaz sulfuré, de sulfites et d'hyposulfites qui rendent compte de l'action puissante des eaux thermales sur l'organisme et de la faveur dont elles jouissent à bon droit.

La source qui, au Teich, alimente les instruments de humage est la source Joly ; elle a une température initiale de 68 à 70°. Sa vapeur sulfureuse, par suite des conditions de son aménagement, conserve 48 à 50° à la sortie du *bocalrhine*, et 43 à 45° à dix centimètres de cette sortie. A Luchon, la vapeur sulfureuse a 41 à 43° de chaleur en sortant de l'embout buccal. L'inhalation sulfureuse de la station d'Ax-Ariège a donc, sur celle de Luchon, un double et précieux avantage, savoir :

1° Température plus élevée de 7 à 8° ;

2° Production plus grande de vapeur et de principe soufré.

On voit, par ce seul aperçu, combien les thermes d'Ax-Ariège constituent une station privilégiée au point de vue des applications inhalatrices contre les maladies chroniques des muqueuses des voies respiratoires. Ce résultat mérite à tous égards de fixer l'attention du corps médical.

Hématôme de la cloison nasale produit par un traumatisme rare. — Surdité et Cécité du côté droit survenus chez le coiffeur Mauric, consécutivement à un coup de revolver qu'il reçut en pleine poitrine de l'anarchiste Henry ; présentation du malade.

Par le Docteur JOUSLAIN

Je désirerai communiquer à la Société deux observations.

La première concerne un jeune élève du lycée Condorcet, M. Georges B..., âgé de 12 ans, dont le nez, un peu prononcé, a été pris, par un camarade, entre le pouce et l'index et tordu fortement.

Dans le moment, la douleur a été vive, il y a eu écoulement de sang, puis gonflement et obstruction nasale complète.

J'ai vu l'enfant huit jours après. Les phénomènes généraux étaient calmés, mais l'obstruction était excessive ; il présentait le type de cette lésion bizarre et rare à laquelle on a donné le nom d'hématôme de la cloison.

En relevant la pointe du nez, on voyait de suite deux tumeurs rouges, partant de la cloison, et remplissant les fosses nasales, les distendant.

Quoique la lésion fut récente, une ponction aspiratrice me donna de 25 à 30 grammes de pus bien lié.

L'analyse bactériologique, pratiquée le soir même, au moyen du violet de gentiane, du Gram et du Ziehl, fut négative.

Malgré l'aspiration et les lavages antiseptiques, avec une solution phéniquée à 2 1/2 pour cent, la tumeur ne diminua que peu de volume, ce qui s'explique par la nature même du traumatisme. La muqueuse et le périoste, décollés sur une grande étendue de la cloison, surtout sur la lame cartilagineuse, forment une coque épaisse et solide. La cloison cartilagineuse, privée de ses moyens de vitalité, se sphacèle bientôt, et les nombreuses causes d'infection résidant dans le nez ont pu activer la suppuration constatée. Je dois dire, cependant, que j'ai vu deux autres hématômes traumatiques ne contenant, après une semaine, que de la sérosité claire, c'est-à-dire un épanchement sanguin en voie de résorption.

J'ai eu l'occasion de suivre ce malade et j'ai pu constater que les parties décollées de la cloison ne se sont rapprochées que très lentement et de bas en haut. Il a bien fallu trois mois pour la guérison complète.

Le motif principal de ma communication est d'abord la singularité du traumatisme, et ensuite, la rareté même de cette affection qui mériterait, à mon avis, d'être mentionnée dans notre bulletin, toutes les fois qu'elle est observée.

Ma deuxième observation concerne M. Mauric, ici présent, et qui, le soir de l'attentat de l'anarchiste Henry, reçut, au moment où il allait, le premier de tous, le saisir, un coup de revolver à bout portant, dans le côté droit. La balle, par le fait même qu'elle était tirée trop près, et sortait d'une arme de qualité secondaire, ne fit qu'une contusion, mais une forte contusion, suffisante pour amener une perte de connaissance et une chute sur le front, une hémoptisie.

Après pansement chez le pharmacien le plus proche, le malade fut transporté chez lui et couché. Pendant 17 jours, obligé de rester au lit avec un pansement à la tête, on comprend qu'il ne put se rendre un compte exact de son état, mais, le 18me jour, quand il se leva pour la première fois, il s'aperçut qu'il ne voyait

pas de l'œil droit et que l'oreille droite était complètement sourde. C'est pour cette dernière lésion que j'ai été consulté par lui.

C'est le 1er avril que je vois M. Mauric pour la première fois. Son état général était passable quoique un peu affaibli. Je ne trouvai aucun signe, aucun stigmate d'hystérie, mais plutôt un état neurasthénique, de l'hyperexcitabilité de la peau, des douleurs erratiques.

Localement, n'existent aucune lésion traumatique de l'oreille droite, quelques lésions chroniques, anciennes, dénotant un catarrhe de la caisse et de la trompe.

De l'autre côté, les mêmes lésions se voient, quoique moins prononcées, et l'audition de la montre n'est que de 22 centimètres. Je fus donc conduit à lui demander comment il entendait avant l'accident. Il me dit qu'il entendait moins de l'oreille droite que de la gauche. Son audition, déjà affaiblie, devient tout à fait insuffisante en perdant l'oreille droite.

L'oreille droite est, en effet, très sourde. La montre n'est entendue ni au contact du pavillon, ni sur les os. Il entend cependant quand on gratte sur le boitier. Le diapason vertex est localisé à droite. Les pressions centripètes, que j'ai tenu à faire avec soin, sont parfaitement positives, c'est-à-dire que le jeu de l'appareil de transmission est normal, le réflexe bia-auriculaire conservé.

Le traitement que j'ai appliqué a consisté en insufflations d'air avec la sonde, en massages du tympan et en bains statiques. Je n'ai obtenu aucun résultat jusqu'à présent.

Pour ce qui concerne l'œil droit atteint de cécité, M. le Dr Gillet de Grandmont a eu l'obligeance de me faire remettre par son chef de clinique, M. le Dr Bellencontre, la note suivante :

« Monsieur et très honoré confrère,

« Je me fais un plaisir de vous adresser une courte note sur le cas de notre intéressant malade. Cette observation date du 6 avril ; il n'y a eu aucun changement depuis cette époque.

« Etat de l'œil droit : Il existe de ce côté seulement, une myopie légère de deux dioptries avec petit staphylôme postérieur. Dans la région équatoriale on trouve des traces de choroïdite ocellée

ancienne. Ces lésions sont naturellement de vieille date et préexistantes à l'accident. Dans les mouvements provoqués du globe, on aperçoit de nombreux corps flottants, les uns très volumineux, les autres ténus ; les petits semblent adhérer à la masse du corps vitré et osciller avec lui, les gros paraissent se mouvoir dans une partie plus liquide du vitreum ; la pupille est grisâtre, légèrement infiltrée ; la région maculaire est indemne.

« Donc deux ordres de lésions, les unes anciennes, staphylôme, choroïdite ocellée (celle-ci étant d'origine spécifique), les autres récentes, hyaloïdite caractérisée par l'existence des corps flottants et névrite.

« La chute du malade sur le front a dû déterminer une agitation violente et brusque de la masse du vitreum, dont les cellules surprises par le traumatisme se sont déchirées et enflammées, d'où la production des corps flottants.

« *Conclusion :* Les troubles de la vision sont bien dûs aux lésions récentes que je viens de décrire, car avant l'accident, le malade n'avait jamais éprouvé la moindre gêne dans l'exercice de sa profession, en dépit de l'affection du fond de l'œil dont il était atteint. Ce fait s'explique par la situation des altérations choroïdiennes placées dans la région équatoriale du globe, région relativement peu utile par la vision journalière.

« Puisse ce résumé vous intéresser, Monsieur et très honoré confrère, et permettez-moi de vous adresser mes meilleurs compliments.

« Dr E. Bellencontre.

« 3 Mai 1894. »

Ces renseignements indiquent bien que le traumatisme a pu agir du côté de la vision et amener en partie la cécité. Cependant, comme je ne trouve, du côté de l'oreille, ni du côté des centres nerveux, aucune lésion pouvant m'expliquer un trouble aussi profond de l'audition ; je serais porté à penser que le choc traumatique violent subi par Mauric a été pour quelque chose dans le résultat. On a vu, à la suite d'accidents de chemins de fer compliqués de traumatismes et d'émotions vives, des troubles fonc-

tionnels bizarres et isolés, attribués à la commotion de la cellule nerveuse, railway-spine, des auteurs anglais.

Je serais heureux d'avoir, sur ce cas, Messieurs, votre appréciation.

M. Gellé. — M. le Dr Jouslain m'a fait examiner son intéressant blessé, je voudrais ajouter quelques mots aux détails de son observation.

Le malade entendait bien avant l'accident ; il y a eu plus qu'une simple chute dans son traumatisme, il a reçu presque à bout portant le coup de feu de l'adversaire ; il est tombé violemment, le front a porté sur le rail au-dessus du sourcil droit, et s'est évanoui. Après deux semaines de maladie, il s'aperçoit qu'il ne voit plus claire de l'œil droit, et qu'il n'entend plus de l'oreille droite. M. le Dr Gillet de Grandmont, trouve des lésions des milieux de l'œil, récentes qui expliquent suffisamment l'affaiblissement visuel.

L'oreille droite est sourde à la parole, la montre y est à peine perçue au contact ; à gauche, celle-ci n'est entendue qu'à 20 cent.

L'examen des deux oreilles donne des résultats identiques ; des deux côtés, tympans mats, sans triangle, sans vascularisation, mobiles avec le seigle, trompes perméables sans que l'aération améliore rien, ni à droite ni à gauche. Le diapason vertex est peu perçue, mais il est toujours rapporté du côté droit, qui bourdonne aussi constamment depuis l'accident ; le D. V. est donc latéralisé du côté sourd.

Les pressions centripètes sont positives à droite et à gauche. Le son du diapason-vertex est modifié à volonté par les pressions exercées sur l'oreille droite, comme sur la gauche. De plus, les réflexes sont positifs ; le diapason posé au devant du méat gauche, le son perçu par le sujet est atténué par chaque pression exercée à droite au moyen de la porte à air.

Le sujet est neurathénique mais on ne trouve aucun stigmate hystérique quelconque. Cependant, en présence de cet affaiblisse-

ment de l'ouïe, et de la surdité si accusée à droite, qu'aucune lésion appréciable et objective ou autre ne permet d'expliquer, les organes de la transmission étant intacts, et les réflexes de l'accommodation synergique conservés et normaux, il y a lieu d'admettre que nous avons affaire à un trouble dynamique, et vu sa cause connue, à un effet du traumatisme comparable à ce qu'on désigne sous le nom de *Railvayspine* dans les auteurs récents.

Le Secrétaire-général,
Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.